

CLASE SOCIAL, GÉNERO Y EDAD EN LA MORTALIDAD PREMATURA POR VIOLENCIAS EN JÓVENES VARONES DE DISTINTAS ÁREAS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES¹

Jorge Edgardo Bianco²

Introducción

El presente trabajo procura, establecer una caracterización de la magnitud y la complejidad del problema de los accidentes y otras violencias, en tanto problema social y de salud pública, aproximando un perfil epidemiológico local referido a la Ciudad de Buenos Aires. Asimismo, revisa algunas tensiones en los modos en que se ha clasificado el problema. En este sentido, discute algunos supuestos implícitos o criterios explícitos de inclusión/exclusión de los accidentes respecto a las categorías “causas externas” o “violencia” y señala algunas limitaciones en los abordajes y respuestas del sector salud. Ofrecemos un marco de interpretación y análisis sustentado en una perspectiva epidemiológica y socioantropológica crítica, con la intención de arrojar alguna luz sobre direcciones posibles en la investigación, el diseño de políticas y las acciones.

La aproximación diagnóstica local que presentamos muestra la magnitud de las muertes prematuras por accidentes y otras violencias, básicamente homicidios y suicidios, enfatizando en la desigual distribución de causas específicas de muerte violenta según áreas socialmente diferenciadas de la ciudad, así como en la notable sobremortalidad masculina en todas esas causas y áreas. La intención es desnaturalizar la magnitud de estas diferencias y llamar la atención a diferentes actores y sectores acerca de posibles condicionamientos económico-políticos y socioculturales en cuanto a la vulnerabilidad diferencial de los varones jóvenes a aquellas causas de muerte.

Presentamos información sociodemográfica seleccionada de conjunto sobre los jóvenes porteños, con algunas referencias específicas a los grupos residentes en diferentes áreas de la ciudad. Grupos que en su condición de edad, género y acceso desigual a recursos sociales básicos acumulan flujos de hechos de salud-enfermedad que condicionan los perfiles de la ciudad con una distribución y un orden desigual de muertes por accidentes, agresiones y suicidios según diferentes áreas locales.

Dado el carácter masculino de la mortalidad por violencias, recurrimos a estudios de *género* desde una perspectiva de masculinidad/es proveniente de diferentes áreas de las

¹ El presente trabajo fue realizado en el marco de la Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud (RIEpS), Dirección de Capacitación y Desarrollo, Secretaría de Salud (GCBA), Coordinadora (RIEpS): Lic. Ana Lía Cabral, con sede en el Hospital Carlos G. Durand, División Área Programática, Jefe de División: Dr. Héctor Pettinicchio, Coordinadora de Planta: Lic. Mirta Nallino, Jefe de Residentes: Lic. Jorge Bianco. Constituye una versión modificada del trabajo del mismo autor *Mortalidad por accidentes y otras violencias en jóvenes varones de la Ciudad de Buenos Aires: una perspectiva socioantropológica de los diferenciales de género*, presentado a las XXXVIII Jornadas Científicas Anuales del Hospital “Dr. Carlos G. Durand”, 19 al 22 de noviembre de 2002, obteniendo el “Premio Estímulo”.

² Licenciado en Ciencias Antropológicas. Auxiliar Docente de la UBA, Fac. Cs. Sociales, Carrera de Trabajo Social. Jefe de Residentes de la Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud (RIEpS), Dirección de Capacitación, Secretaría de Salud, GCBA., Sede: Hospital General de Agudos “Carlos G. Durand”, GCBA.

ciencias sociales, en particular de la antropología y la sociología. Estos estudios resultan prácticamente los únicos que habilitan una reflexión teórica sobre los diferenciales de género en la mortalidad violenta, brindando la posibilidad de construir un marco interpretativo orientador. El *género* como condicionante social y cultural de muertes prematuras por accidentes y violencias en varones es retomado al final del trabajo con relación a las modalidades de uso diferencialmente alentadas, aprobadas o sancionadas del alcohol como causa indirecta de muerte.

De este modo, procuramos brindar un marco de análisis de carácter relacional de los procesos de salud-enfermedad-atención, describiendo, analizando y vinculando algunas dimensiones del problema comúnmente no abordadas por el sector salud, y que a nuestro entender resultan prioritarias para cualquier estrategia de prevención sobre accidentes y otras violencias. Se presenta una perspectiva de abordaje que procura desplazar la mirada de modelos de causalidad lineal a un modelo de complejidad, de riesgos o conductas de riesgo individuales a contextos y procesos de vulnerabilidad social diferencial, de la prescripción de normas generales de prevención individual a la orientación de intervenciones que prioricen las representaciones y prácticas de grupos específicos, de la atención excluyente de las consecuencias médicas por accidentes y otras violencias (atención de la emergencia, trauma, etc.) a acciones integrales que prevean algunos procesos sociales que juegan a favor de su emergencia.

En síntesis, los objetivos de este trabajo son, en primer lugar, aproximar un perfil epidemiológico diferencial por sexo y edad acerca de la mortalidad por accidentes y otras violencias en la ciudad de Buenos Aires, particularmente en 4 áreas programáticas de la zona norte y centro del sistema público de salud de la ciudad. En segundo lugar, describir y analizar posibles condicionamientos económico-políticos y socio-culturales subyacentes a las variables “edad”, “sexo” y “área” en los perfiles referidos. Por último, Ofrecer un marco de análisis para el diseño de políticas y acciones que de cuenta del carácter social y cultural de la mortalidad por accidentes y violencias en varones jóvenes de la ciudad, de los aspectos ideológico-culturales que mediatizan la prevención a dicha mortalidad.

Material y métodos

Se combinaron abordajes cuantitativos y cualitativos. Se utilizaron estadísticas de la Secretaría de Salud (GCBA) e información de la Red de Trauma/SAME. Los perfiles se distribuyeron según las Areas Programáticas de los Hospitales Durand y Tornú de la zona norte de la Ciudad y Santojanni y Penna de la zona sur. La elaboración de los perfiles fue supervisada por el Departamento de Estadísticas de la Salud (SS, GCBA), en el marco del seminario de capacitación de la Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud “Módulo de Demografía y Epidemiología” (Royer-Irurzum, 2000), llevado a cabo en el tercer trimestre de 2000. Asimismo, se revisaron y sistematizaron fuentes primarias y secundarias así como material teórico para nuestra interpretación de los perfiles. Los ejes temáticos que vinculan masculinidades y mortalidad por violencias fueron discutidos por 250 jóvenes varones en actividades grupales en dos escuelas técnicas de enseñanza media de la Ciudad correspondientes al Area Programática del Hospital Durand.

Accidentes y violencias. La magnitud del problema

El mundo y América Latina

En los últimos años las estadísticas sobre lesiones y muertes producidas por accidentes y violencias han merecido una atención creciente aunque no suficiente como problema social grave y prioridad en salud pública en todo el mundo. A nivel mundial constituyen, después de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, la tercera causa de muerte para todos los grupos de edad, y la primera para la franja de 1 a 45 años (Neira *et al*, 1999). Más de 3 millones de personas mueren por año en el mundo, destacándose además la magnitud de lesiones o invalidez definitiva (López-Gershanik, 1998). Asimismo, un informe de la OMS/OPS, División de Promoción y Protección de la Salud, refiere a los accidentes como primera causa de muerte en los niños y adultos jóvenes, además del primer motivo de discapacidad y muerte entre los ancianos de la mayor parte de los países (OMS/OPS, 1995). Por otra parte, según documentos de la Primera Conferencia Mundial de Prevención de Accidentes y Lesiones (Estocolmo, Suecia, 1989) "un tercio de los ingresos en hospitales de todo el mundo son resultado de lesiones traumáticas, estimándose los costos anuales de atención en una cifra no menor a los 500.000 millones de dólares (OPS/OMS, 1995: 1).

En América Latina, el Plan de Acción Regional del Programa de Salud y Violencia (OPS, 1997) señala que "las muertes por causas externas (CIE 10ª) que corresponden a homicidios, suicidios y muertes accidentales –Códigos V01-Y98– ocupan un lugar preponderante en muchos países de la región y su importancia parece ir en aumento" (Guerreiro, 1997: 16). Por su parte, refiriendo a los grupos más vulnerables, el Plan de Acción Regional del Programa de Salud de Adolescentes y Jóvenes (OPS, 1997) las señalan como causas principales de defunción entre adolescentes de 10 a 19 años (Maddaleno, 1997: 28). Prácticamente todos los trabajos aquí consultados señalan a los varones como el grupo más afectado.

Algunas cifras de Argentina

De acuerdo a un informe publicado en SAME (Neira *et al*; 1999), y sólo a título ilustrativo, podemos mencionar que se producen anualmente en Argentina 10.000 muertes por accidentes de tránsito, es decir, casi 30 muertes diarias y 1.000 muertos por accidentes laborales, casi 3 muertes diarias. Ambas cifras son cuatro veces superiores a las que ocurren en países desarrollados. Estas preocupantes cifras producirían, según consigna el informe, un costo de 7 mil millones de dólares por año, sólo por las muertes relacionadas con los accidentes de tránsito.

Según se señala allí, los accidentes de tránsito comprometen la mitad de las causas de muerte por "traumatismos no intencionales o accidentales"; la otra mitad es causada por accidentes laborales, caídas, accidentes domésticos, en espacios recreativos y en establecimientos escolares. A su vez, dentro de las causas de muerte por lesiones, la mitad corresponde a "lesiones no intencionales o accidentales" y la otra mitad está constituida por "suicidios, homicidios y otras violencias" (Neira, *et al.*, 1999).

En referencia a los grupos más vulnerables, otros informes (Berti-Bianco, *et al*, 2000, 2001) señalan que en nuestro país los accidentes constituyen la primera causa de muerte entre 10 y 25 años; se señala allí que la mayor probabilidad de morir por accidentes en aquellas edades corresponde a los varones. Según estos informes, para el año 1996 la

segunda y tercera causa de muerte en este grupo etario y de género fueron los homicidios y los suicidios respectivamente. Estas causas producen las mayores pérdidas de años de vida potencial (AVPP) entre los jóvenes de la Ciudad de Buenos Aires (Berti-Bianco, *et al*; 2000).

Ciudad de Buenos Aires. Cifras, tendencias y diferenciales según sexo y edad

Con relación a los *accidentes de tránsito* en la ciudad de Buenos Aires, si se comparan los datos relativos a la cantidad de "accidentes y víctimas asistidas" por el SAME en el año 1999 (9.165 víctimas en 7.705 accidentes) con los del año 1998 (8.342 víctimas en 6.906 accidentes), se observa un *claro incremento en números absolutos y relativos* de 823 accidentados (9.8%) y 799 accidentes (11.5%) (Muro, *et al.*, 2000).³ Por su parte, el *grupo de causas* clasificado como *externas* (básicamente accidentes, homicidios y suicidios) es responsable en segundo lugar de los años de vida potencial perdidos (AVPP) en la ciudad (cuadro I).

Cuadro I. Principales causas de AVPP por Capítulos (CIE 10^a) en Ciudad de Buenos Aires, 1998

	Principales causas de AVPP (CIE 10^a)		
Nº de Orden	1º	2º	3º
Ciudad	Tumores	Externas	Circulatorias

Fuente: "Síntesis Estadística, 1998". Dirección de Estadísticas Para la Salud, Secretaría de Salud, GCBA, 1998.

Ahora bien, de acuerdo a los *diferenciales por sexo*, la ciudad de Buenos Aires registra valores de AVPP mayores en varones que en mujeres en todos los grupos etarios, tomando como base una expectativa de vida al nacer de 64 años (cuadro II, Son destacados en negrita los quinquenios que acumulan mayores diferenciales por sexo). Sin embargo, como puede observarse en los grupos de 1-4 y 5-9 estas diferencias por sexo son notablemente menores que aquellas registradas en los cuatro quinquenios siguientes. En efecto, para el grupo de 10-14 y 15-19 se registran diferenciales por sexo mayores al doble de AVPP "a favor" de los varones. Estos diferenciales son aún mayores en el grupo de 20-24 y llegan a triplicarse con creces en el grupo de 25-29. La magnitud de estas diferencias entre varones y mujeres disminuyen en los grupos de mayor edad, inflexión verificada a partir de los 30 años, no obstante continuar siendo marcadas entre 1,5 y más de 2,5 veces más

³ La fuente aclara que estos datos se refieren a los accidentes de tránsito en los que se solicitó la concurrencia del SAME, por tanto, no abarca todos los accidentes viales en la ciudad de Buenos Aires.

Cuadro II. Defunciones por causas generales en valores absolutos y AVPP según edad y sexo.

Ciudad de Buenos Aires. Año 1998

	Varones		Mujeres	
Edad	Nº Def	AVPP	Nº Def	AVPP
0	297		202	
1-4	36	2232	30	1860
5-9	17	977,5	13	747,5
10-14	27	1417,5	11	677,5
15-19	70	3325	31	1472,5
20-24	127	5307,5	51	2167
25-29	197	7387,5	63	2362,5
30-34	235	7637,5	93	3022,5
35-39	203	5582,5	106	2915
40-44	273	6142,5	166	3735
45-49	445	7787,5	282	4935
50-54	663	8287,5	362	4525
55-59	911	6832,5	445	3337,5
60-64	1189	2972,5	688	1720
65-69	1830	----	1091	----
70-74	2404	----	1750	----
75-79	2423	----	2455	----
80 y +	5315	----	9888	----
S/d	11	----	5	----
Total	16673	----	17732	----

Fuente: Elaboración a partir de datos de la Dirección de Estadísticas para la Salud. Módulo de Capacitación en Demografía y Epidemiología, Secretaría de Salud, GCBA, 2000.

Lo que se quiere destacar además, es que no obstante los AVPP presentados en el cuadro anterior refieren a *defunciones* en general, las diferencias por sexo en AVPP son notablemente mayores en aquellos grupos de edad en que la mortalidad por causas externas registra los más altos valores en relación a otras causas. En efecto, al aproximarnos a *las causas de mortalidad prematura*, según datos de la Secretaría de Salud (GCBA, 1998), "las causas externas (CIE 10^a) registran el primer lugar en el ranking de

las cinco primeras causas de muerte en los grupos comprendidos entre los 10 y 24 años, reuniendo más de la mitad de las muertes en este grupo etario (58,7%). Siguen en orden decreciente las muertes por tumores (13,2%); sistema respiratorio (8,5%); infecciones (3,8%); sistemas circulatorio y nervioso (3,8%) (cuadro III). Por tanto, las "causas externas" tienen a todas luces el mayor peso en los AVPP en este grupo etario. (Berti-Bianco, *et al.*, 2001).

**Cuadro III. Orden de causas de defunción (CIE 10^a) en la población de 10-24 años.
Ciudad de Buenos Aires. Año 1998**

Nº de ORDEN	CAUSAS	%
1º	Causas externas	58.7
2º	Tumores	13.2
3º	Sistema respiratorio	8.5
4º	Infecciones	3.8
5º	Sistema circulatorio y nervioso	3.8
---	Otras	12
TOTAL		100

Fuente: Elaboración a partir de datos de la Dirección de Estadísticas para la Salud. Módulo de Capacitación en Demografía y Epidemiología, Secretaría de Salud, GCBA, 2000.

Dada la amplitud de la categoría "causas externas" y a fin de lograr mayor aproximación tanto al orden de causas externas específicas del grupo etario referido como a sus diferenciales por sexo, nos remitimos a la Lista Argentina IV (cuadro IV).

Cuadro IV. Orden de defunciones por causas externas específicas y valores relativos según sexo entre 10-24 años en Ciudad de Buenos Aires -Lista Arg. IV 1998

Nº de orden	Causa de muerte	Varones (%)	Mujeres(%)	Total (%)
1	Accidentes de transporte	80,7	19,3	100
2	Intención no determinada	88,9	11,1	100
3	Agresiones	96,0	4,0	100
4	Suicidios	75,0	25,0	100
5	Otros accidentes	75,0	25,0	100
6	Otras causas externas	60,0	40,0	100

Fuente: Elaboración a partir de datos de la Dirección de Estadísticas para la

Salud. Módulo de

Capacitación en Demografía y Epidemiología, Secretaría de Salud, GCBA, 2000.

De acuerdo al cuadro anterior y atendiendo a la relación varón-mujer se verifican diferenciales de más de 4:1 "a favor" de los varones para accidentes de transporte, de 8:1 para eventos de intención no determinada, de 24:1 para agresiones, de 3:1 para suicidios, de 3:1 también para otros accidentes y de 1,5:1 para otras causas externas (cuadro V).

Cuadro V. Relación varón/mujer en causas externas específicas entre 10-24 años. Lista Arg. IV. 1998

Causa de muerte	Relación Varón: mujer
Accidentes de transporte	4:1
Intención no determinada	8:1
Agresiones	24:1
Suicidios	3:1
Otros accidentes	3:1
Otras causas externas	1,5:1

Fuente: Elaboración en base a datos de la Dirección de Estadísticas para la Salud, Secretaría de Salud. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

Los diferenciales por sexo también son destacados en el informe de Muro *et al.* con relación a "accidentes asistidos" de tránsito en 1999 (cuadro VI); allí se señala que "el predominio es de los varones: 6.767 hombres (73.8 %) contra 2.380 mujeres (26.8 %)" (*ibid*).

Cuadro VI. Accidentes de tránsito asistidos por el SAME según sexo en 1999.

SEXO	Nº ASISTIDOS	%
VARONES	6767	73.8
MUJERES	2380	26.8
TOTAL	9147	100.6*

Fuente: "Accidentes de tránsito. Estadísticas del SAME". Muro, *et al.* Paper 45-28/09/00

*Error de la fuente: +0.6.

Además, fueron 130 los muertos en la vía pública como consecuencia de los accidentes de tránsito a los que el SAME concurrió (*ibid*). De estos, 93 (71.5%) fueron varones y 34 (26.1%) mujeres; de 3 (2.3%) no se informó sexo (Muro *et al.*, 2000).

Cuadro VII. Fallecidos en accidentes de tránsito reconocidos por el SAME según sexo en 1999.

SEXO	Nº FA-LLECIDOS	%
VARONES	93	71.5
MUJERES	34	26.1
Sin inf. Sexo	3	2.3
TOTAL	130	99.9

Fuente: “Accidentes de tránsito. Estadísticas del SAME”. Muro, *et al.* Paper 45-28/09/00

Por otra parte, el informe precisa que en el estudio del "mecanismo del accidente" (cuadro VIII) se observó que 94 (72.3%) fueron *peatones atropellados* y sólo 36 (27.7%) como consecuencia de choques entre vehículos (*ibid*), lo cual sugiere que los diferenciales por sexo descriptos para la mortalidad por accidentes de transporte no pueden ser interpretados simplemente como resultado de la cantidad de varones en relación a mujeres que conducen vehículos ya que la colisión entre vehículos es la causa de menos de la tercera parte de aquellas muertes .

Cuadro VIII. “Mecanismo del accidente” según estudio del SAME.

“Mecanismo del accidente”	Nº de fallecidos	%
“Peatones atropellados”	94	72.3
Choques entre vehículos	36	27.7
Total	130	100.0

Fuente: “Accidentes de tránsito. Estadísticas del SAME”. Muro, *et al.* Paper 45-28/09/00

Por último, distribuimos causas específicas por edad en cuatro Areas Programáticas, dos de ellas correspondientes a la zona norte de la ciudad y que refieren a las áreas programáticas de residencia de los Hospitales Durand y Tornú; otras dos, correspondientes a la zona al sur y que refieren a las áreas programáticas de los Hospitales Santojanni y Penna (cuadro X). Este ordenamiento de la información muestra que en las dos Areas Programáticas de la zona norte (cuadro IX) y en referencia a la *población de 10 a 24 años* la primera causa de defunción específica corresponde a los "accidentes de transporte", la segunda causa de muerte refiere a “suicidios” en el AP del Hospital Durand y a “agresiones” en el AP del Tornú, la tercera causa de muerte es de "intención no determinada" en el AP Durand y "Suicidios" en el AP Tornú.

Cuadro IX. Tres primeras causas de defunción (Lista Arg. IV) entre 10- 24 años en Áreas Programáticas seleccionadas de la zona norte. Ciudad de Buenos Aires, Año 1998.

Nº de Orden	AP. Durand	AP. Tornú
1º	Accidentes de transporte	Accidentes de transporte
2º	Suicidios	Agresiones
3º	Intención no determinada	Suicidios

Fuente: Elaboración a partir de datos de la Dirección de Estadísticas para la Salud. Módulo de

Capacitación en Demografía y Epidemiología, Secretaria de Salud, GCBA, 2000.

Respecto a la distribución de causas específicas en las AP de la zona sur (cuadro X), las muertes por agresiones muestran un peso mayor que en las áreas de la zona norte al igual que las causas de intención no determinada. Es necesario destacar que en el Área Programática de la zona sur correspondiente al Hospital Penna, la primera causa de muerte para el mismo grupo etario está constituida por “intención no determinada” y la segunda por “agresiones”. En la otra área de Zona Sur correspondiente al Hospital Santojanni, las “agresiones” junto a las muertes de “intención no determinada” comparten el primer lugar con los “accidentes de transporte”.

Cuadro X. Tres primeras causas de defunción (Lista Arg. IV) entre 10- 24 años en Áreas Programáticas seleccionadas de la zona sur. Ciudad de Buenos Aires, Año 1998.

Nº de Orden	AP. Penna	AP. Santojanni
1º	Intención no determinada	-Agresiones -Intención no determinada -Accidentes de transporte
2º	Agresiones	Suicidios
3º	Suicidio	Otras causas

En la Ciudad de Buenos Aires las causas externas constituyen la segunda causa de AVPP. Mediante este indicador se verifica una sobremortalidad masculina en todas las edades, pero con diferencias por sexo más pronunciadas en aquellas en que las "causas externas" registran casi el 60% de las muertes (10 a 24 años). Claramente, los varones no sólo mueren a edades más tempranas que las mujeres de su misma generación sino que lo hacen en gran parte por causas violentas, sobre todo en su juventud.

En la Ciudad, las causas específicas de muerte para los jóvenes de 10-24 años refieren en primer lugar a accidentes de transporte junto a causas de intención no determinada, categoría cuya magnitud señalaría, al menos en parte, problemas de registro, en segundo lugar a agresiones, en tercer lugar a suicidios, seguido luego por “otros accidentes”. Sin embargo el orden de causas específicas es otro cuando se lo compara entre zonas socialmente diferenciadas preveleciendo las muertes por agresiones o de intencionalidad no establecida en aquellas áreas de la zona sur. Por su parte, los accidentes de transporte, aparecen recién en el cuarto lugar en el área del Hospital Penna. En contraste, las agresiones aparecen recién en el quinto lugar como causa de muerte en el área del Hospital Durand. En las cuatro áreas los suicidios se distribuyen entre el segundo y tercer lugar. Estas diferencias en el orden de las causas específicas entre las áreas norte/centro y las del sur podrían resultar sugerentes acerca del carácter social en cuanto a la distribución desigual de las causas de muerte analizadas en relación a sus respectivos contextos socioeconómicos determinados por condiciones desiguales de vida, sobre todo para los jóvenes.

Problemas relativos a las categorizaciones y abordajes

Accidentes: ¿causa externa o violencia?

Una revisión de diversos trabajos muestra la ausencia de criterios unificados para considerar los eventos que la CIE 10ª incluye en la categoría “causas externas” como violencia, y más específicamente para incluir a los accidentes en el marco de las violencias. En algunos enfoques y para muchos autores, los accidentes estarían incluidos dentro de sus marcos conceptuales referidos a violencia/s. Respecto a ello, estas perspectivas teóricas discuten, explícitamente en algunos casos, lo que la CIE 10ª clasifica como “causas externas”. Se hace referencia tanto a la generalidad de dicha categoría como a la arbitrariedad de la dicotomía interna/externa en la que es considerado el problema. “¿Cómo se llama la violencia en el campo de salud, sobre todo a la violencia letal?, muertes por causas externas. Detengámonos un minuto a pensar en esta categoría. Si éstas son causas externas, ¿son las únicas?... si a mí me contagian una infección ¿eso es una causa interna o externa? Hagámonos otra pregunta, si las muertes por violencia son causas externas entonces debería haber internas, ¿por qué unas son internas y otras externas? Quiero decir que esta categoría de muertes por causas externas es la modalidad como la violencia letal se registra en el campo de la salud, supremamente genérica y supremamente distractora... Yo diría que el suicidio es una causa interna, es una agresión del individuo a sí mismo, es su autodestrucción” (Franco, 2000: 24).

Referencias a los accidentes como violencias, así como modos alternativos con que la violencia refiere a un conjunto de problemas comprendidos en “causas externas”, abundan. Son varios los autores que habitualmente presentan a los accidentes de tránsito como una *forma* de violencia (Novello, 1992). Más aún, en otros trabajos el carácter violento de los accidentes no sólo es referido a los de tránsito sino a otros hechos tales como caídas, sobre todo en ancianos, o a otros grupos de causas, también consideradas como “causas violentas” (Ramos de Souza *et al.*, 1999)

Por su parte, la exclusión de los accidentes de la categoría y los estudios sobre violencia ha sido justificada con definiciones basadas en criterios de “intencionalidad”, la de un agente en producir o producirse algún daño físico: “en la definición adoptada para entenderla [a la violencia] como un problema de salud pública la definición se refiere al

‘uso o amenaza de uso de la fuerza física con la intención de hacer daño a otro o hacerse daño’”(OPS, 1990–11: 1-7, en: Cruz, 1999: 5). Y la definición continúa: "en este concepto hay dos elementos que es importante destacar. En primer lugar, el concepto se refiere a la fuerza física, y en tal sentido se excluyen otros tipos de agresiones que no se enmarcan en el ámbito de lo corporal. En segundo lugar, el concepto incluye también la *variable intencionalidad*, lo cual excluye aquellos hechos no intencionales que producen lesiones como los accidentes" (Cruz, 1999: 5-6, subrayado nuestro). De este modo, esta definición de violencia supone hechos "intencionales" y "no intencionales" como hechos dados, como variables claramente delimitadas, discernibles y unívocas. Sin embargo, los supuestos de "intencionalidad", como así también los de "motivación", "razón" o "propósito" continúan, aun luego de muchos años, en el ojo de tormenta de los estudios y debates en teoría social⁴. Por otra parte, en un contexto de creciente violencia social los criterios de intencionalidad/no intencionalidad parecen darse de bruces con una zona gris, de indeterminación relativa a dichos criterios.⁵

Diferentes abordajes sobre accidentes

En distintos países de la región y desde hace poco más de una década, *los equipos de salud* vienen señalando con diferente tipo de énfasis "el papel creciente de la violencia en el perfil epidemiológico dominante a través de informar sobre el incremento de accidentes mortales en la vía pública y en el hogar, en el mantenimiento y/o incremento de los homicidios en los países latinoamericanos (...). Esto en parte es producto de nuevas situaciones, pero sobre todo supone la problematización de situaciones ya existentes hasta entonces opacadas o negadas" (Menéndez, 2001: 7-8). Sin embargo, A nivel de las instituciones salud se ha venido señalando también la carencia de un "tratamiento integral" tanto en los accidentes, atendidos sólo en sus consecuencias médicas tales como traumatismos, lesiones o incapacidad como en otras formas de violencia. En el caso de los accidentes los enfoques preventivos han tenido un carácter claramente normativo, enfatizándose en prescripciones de cambio de conducta individual o de "estilos de vi-

⁴ "Es evidente que los supuestos sobre intencionalidad se entrelazan tan profundamente con nuestras caracterizaciones de actos como las creencias sobre los rasgos causales de las fuerzas impersonales se entrelazan con nuestras caracterizaciones de sucesos naturales. Sin embargo, solo una clase bastante restringida de identificaciones de actos presuponen lógicamente que el tipo de acción debe ser intencional; un ejemplo es el 'suicidio'. *La mayor parte de los actos no posee este rasgo de no poder ser realizados sin intencionalidad*. Desde luego, indagaciones de la conducta de un agente que no busquen meramente caracterizarla inteligiblemente, sino también penetrar en las "razones" o los "motivos" que el individuo tiene para lo que hace, *incluirán* la decisión sobre lo que se propuso hacer (Guiddens, 1997: 104, subrayado nuestro; ver *ibid* caps. 2 y 3). Por otra parte, el autor continúa problematizando la noción de "motivación", la que poseería, según él, un enorme componente de "irracionalidad".

⁵ Baste acudir a diversos medios de información periodística de los últimos años para comprobar, por ejemplo, que en la ciudad de Buenos Aires y la región metropolitana en general, se viene registrado cotidianamente en espacios públicos una cantidad considerable de muertes producidas *sin intención*, pero teniendo como causa disparos no accidentales o intencionales con armas de fuego. Así, ya son muchas las víctimas de cualquier edad que se suman día tras día, incluyendo gran cantidad de niños, que hallaron "accidentalmente" la muerte en el espacio público al quedar ubicados en la línea de fuego entre bandos opuestos de policías y delincuentes. Por otra parte, los límites en considerar intencionalidad/no intencionalidad como criterio clasificatorio divisorio entre accidentes y violencias, se hacen patentes en referencia a la gran cantidad de casos que se consideran como de "intención no determinada", los que en nuestro estudio llegan a constituir entre los jóvenes (10-24 años) nada menos que la *primera* causa de muerte en la ciudad junto con los accidentes de transporte, la *primera* en el Área Programática del Hospital Penna y la tercera en la del Hospital Durand, lo cual refuerzaría los señalamientos acerca de problemas relativos al subregistro de muertes por violencia.

da”, prescripciones históricamente realizadas respecto a otras problemáticas de salud concebidas, definidas y tratadas en términos exclusivamente biomédicos. Por mucho tiempo el campo de la *Salud Pública* se basó en el análisis exclusivo de enfermedades y muertes consideradas "naturales", centrándose en un enfoque individual (el enfermo), concibiendo "lo social" como factor externo (exposición a riesgo) o bien como agregado de individuos (Rose, 1985). Este enfoque, como incluso documentos de trabajo de la OMS/OPS lo señalan, no ha prestado demasiada atención a los procesos que, vinculados a las condiciones de vida de los conjuntos sociales, contextualizan y condicionan la aparición y desarrollo de determinados padecimientos o daños a la salud (OMS/OPS, 1995).

En este marco, la *Conferencia de Estocolmo* sobre accidentes y violencias (Estocolmo, Suecia, 1989) vincula los accidentes a "las exigentes condiciones de vida relacionadas con el desarrollo económico social" (OMS/OPS, 1995: 1) y a cuestiones “étnico-culturales”, entre otros factores. Esta Conferencia, así como las experiencias a que dio origen, tuvo como referentes algunas estrategias urbanas llevadas a cabo en Europa. El modelo que impulsa es el de *Comunidades Seguras* utilizando una metodología operativa denominada "gestión asociada" que comenzó a instrumentarse en Argentina, en el Municipio de Campana, en 1992, a través del Comité Federal de Accidentología (COFEPAC), una entidad civil no gubernamental que, a partir de 1993, cuenta con el apoyo de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). La gestión asociada integra al sector público (educación, salud, bienestar social), sector privado (académicos, ONGs, industrias, comercios, empresas y la banca) y la comunidad a través de sus instituciones barriales. Esta modalidad de abordaje parece estar en la línea de propuestas que señalan la necesidad de una perspectiva integral, intersectorial, multi o interdisciplinaria y comunitaria, con medidas puntuales a ser desarrolladas por el conjunto de la sociedad (López-Gershanik, 1998). El enfoque del Programa de *Comunidades Seguras* enfatiza en el contexto local, sobre todo en cuestiones relativas a la movilización de recursos y la organización de respuestas sociales, lo que lo hace semejante a otras propuestas como la de Municipios Saludables. Sin embargo, los objetivos finales tienen anclaje una vez más en el nivel individual que bajo un enfoque de riesgo/seguridad apela a "sensibilizar y tomar conciencia de seguridad" y a "fomentar la incorporación de conductas seguras" (OMS/OPS, 1995).

Nuestra perspectiva sobre el problema

La emergencia de “accidentes” y sus consecuencias, antes que eventos producidos por factores externos a los que los individuos se exponen mediante conductas de riesgo, los consideramos hechos sociales que resultan de complejas relaciones entre múltiples procesos y niveles. En esta línea concebimos “lo social” no como “factor” sino como el carácter global de los procesos de salud-enfermedad (Laurell, 1986) y refiriendo no sólo a individualidades sino a colectividades (*ibid*, 1986). Concebir el “carácter social en sí” (*ibidem*) de los procesos de salud-enfermedad implica reconocer, entre otras cuestiones, la necesidad de definir los problemas de salud en términos de su distribución social desigual en relación con las particulares condiciones de vida y de acceso diferencial a recursos materiales y no materiales de distintos grupos en los que aquellos problemas se expresan. Por otra parte, implica reconocer las diversas modalidades en que esos conjuntos y grupos sociales perciben, categorizan y significan esos problemas así como las respuestas que construyen y organizan para atenderlos, evitarlos o tratarlos. Por último, comprender los componentes ideológico-culturales que favorecen, protegen o distribuyen diferencialmente la irrupción de determinados daños. En este sentido el *género* ha

sido señalado un componente central que posibilita describir y analizar diferentes modalidades de relación social y con el propio cuerpo, su cuidado diferencial por parte de unos y otras (Szasz, 1997).

De acuerdo con esta perspectiva, situamos los problemas de salud en el espacio de las relaciones sociales (económicas, políticas, ideológicas, culturales), refiriéndonos de este modo a condicionamientos tanto objetivos como subjetivos, los que en forma relacionada se constituyen en contextos de vulnerabilidad social diferencial de diferentes grupos y sujetos sociales a determinados daños y padecimientos.

Condiciones objetivas de vida. Niveles y procesos económico- políticos

Por lo planteado hasta aquí, abordamos el problema de los accidentes y otras violencias atendiendo las relaciones complejas entre distintos condicionantes, en lugar de pensarlo desde esquemas de causalidad lineal (*uni* o *multi*). En esta línea recuperamos perspectivas epidemiológicas críticas que ponen en relación la acumulación diferencial de determinados padecimientos y daños con un *nivel general* relativo a procesos económico políticos globales, un *nivel particular* que refiere al contexto local o a los grupos sociales en que aquellos procesos se expresan, y un *nivel singular* referido a los sujetos individuales que enferman y padecen en dicho contexto (Castellanos, 1987).

Concebimos los procesos de salud-enfermedad con relación a un nivel *general* a modo de macro contexto, en referencia los procesos económico- políticos más amplios. El abordaje de los problemas de salud-enfermedad a este nivel permite identificar las relaciones entre dichos problemas y los modelos económicos, los cambios históricos, el impacto de grandes catástrofes (Castellanos, 1987). Es también el espacio de las políticas públicas de salud.

En segundo lugar, el nivel *particular* se constituye por las modalidades de expresión del nivel general en los áreas locales, comunidades y barrios, en referencia a la variación del perfil de salud-enfermedad a nivel de grupos o categorías de población (jóvenes, varones, mujeres, trabajadores, etc.). En este nivel se enfatiza en los procesos de reproducción social de las condiciones objetivas de vida. Abordar los problemas de salud a este nivel *permite identificar las acumulaciones que producen en el perfil de salud-enfermedad de cada grupo* (Castellanos, 1987). En otras palabras, "la generalidad requiere del análisis de los procesos intrínsecos microgrupales, para dar cuenta de su propio significado como generalidad" (Menéndez y Pardo, 1996, en: *ibid*, 2001). El tipo de acciones del sector salud supone aquí la organización de planes y programas de salud por grupos más específicos de la población abriendo posibilidades a una mayor participación social (Castellanos, 1987).

Por último, en el nivel *singular*, consideramos las variaciones entre individuos o atributos individuales (p.e. sexo, edad, lugar de residencia, nivel socioeconómico, etc.) "considerando la frecuencia y gravedad de una patología o accidente en particular, entre personas con determinados atributos de tiempo, espacio o caracteres biológicos o sociales individuales" (Castellanos, 1987: 21). En este nivel ser joven o adulto, varón o mujer, vivir en una zona o tener acceso a una vivienda con tales o cuales características, con acceso diferencial a la educación, el trabajo y a la atención de su salud, refieren a un conjunto de atributos que se relacionan a determinadas frecuencias y tipos de daños a la salud. Asumir los problemas a este nivel es "*recoger la forma como los procesos sociales y biológicos de determinación y condicionamiento se articulan para producir las*

manifestaciones singulares de los fenómenos de salud-enfermedad; y no tan sólo asumir la expresión biológica individual de los procesos sociales" (ibid: 21, subrayado nuestro).

De acuerdo a esta perspectiva, estos tres niveles o espacios sostienen relaciones de determinación de lo general a lo singular y de condicionamiento que van de la acumulación de hechos singulares a la definición de determinados perfiles a nivel general. Esa relación de determinación no debe ser pensada en términos de causalidad, sino como la capacidad de los procesos más amplios de delimitar el espacio de variedad posible, la distribución desigual de los procesos y fenómenos de salud-enfermedad, sus tipos, frecuencias y consecuencias diferenciales (*ibid*, 1987). Concebir esta complejidad implica *asumir la problemática de salud-enfermedad como expresión de las condiciones de vida de diferentes grupo de población, y comprender las articulaciones entre éstas y los procesos sociales más generales* (Castellanos, P., 1987: 15, subrayado nuestro). En otras palabras, implica atender múltiples relaciones en la configuración resultante de un conjunto global de condiciones de salud y de vulnerabilidad diferencial a la enfermedad u otros daños y la muerte.

Condiciones de vida particulares de los jóvenes porteños

Como vimos al principio, en la ciudad de Buenos Aires el conjunto social que acumula en primer término la mayor probabilidad de morir por accidentes u otras violencias, es el de jóvenes entre 10 y 24 años, diferenciándose distintos grupos en el orden de causas específicas según áreas de residencia con distribución socialmente desigual de recursos. Disponemos de información sociodemográfica referida al grupo entre 15 y 24 años de edad. Entre las condiciones objetivas de reproducción social de los jóvenes, se destacan la creciente desocupación y precarización en las condiciones de trabajo, de educación, de vivienda, de acceso a recursos de salud, entre otros condicionantes básicos a los procesos de salud-enfermedad-atención para este grupo particular.

En referencia a la ciudad, la Defensoría del Pueblo (2000) señala que la *desocupación* en la franja etaria entre 15 y 24 años acumula el 12,9% siendo superior en más de un 30% a la de la población activa total que es del 8,6%. El carácter concentrado de la desocupación en esta franja etaria cobra mayor relevancia si se tiene en cuenta que dicha franja representa tan sólo el 14,9% de la población total de la ciudad al mismo tiempo que aporta el 22% de los desocupados porteños (Defensoría del Pueblo, 2000).

Por su parte, el sector socioeconómico más vulnerable a la falta de ocupación es el de ingresos medios-bajos, el cual aporta 5 de cada 10 desocupados jóvenes de la ciudad. En este grupo y en tan sólo seis años (período 92-98), la "inactividad absoluta" se duplicó registrando un aumento del 101%. Con esto último se destaca la situación de "desempleo oculto" juvenil como el fenómeno relativo a los jóvenes que "ya no estudian ni trabajan, ni buscan trabajo, ni son amas de casa, ni realizan tareas hogareñas" (López, 1999).⁶

⁶ Según señala este informe referido al país, del total de los jóvenes argentinos entre 15 y 24 años (6.474.370 jóvenes) poco más del 53%, esto es 3.450.000 están económicamente activos. La tasa de desempleo para este grupo etario duplica al promedio nacional y los desocupados de esta franja de edad (931.000) representan el 35% del total de desocupados a nivel nacional. Además, del tramo considerado el 14,9% de los jóvenes (que representa un total de 964.000 jóvenes) ya no estudia ni trabaja, ni busca trabajo, ni es ama de casa ni realiza tareas hogareñas. Con esto último se destaca la "situación de desempleo oculto juvenil que aparece bajo la forma de inactividad absoluta" (Berti-Bianco *et al.*, 2001).

A los datos sobre desocupación en la ciudad, se agregan los relativos a la creciente *precarización laboral* a nivel nacional. En este sentido, un informe destaca (López, 1999) que del total de jóvenes menores de 25 años que trabajan en Argentina, poco más de dos millones, alrededor del 12% son cuentapropistas y el 85% son asalariados. Sin embargo, de estos asalariados, seis de cada diez jóvenes argentinos trabajan en negro, sin aportes jubilatorios ni seguro de salud. El 39% trabaja más de 45 horas semanales, siendo el salario promedio de 368 pesos –42% menos que el salario promedio general de 640 pesos. Entre los 14 y 17 años, la desigualdad es aún mayor, ya que el sueldo promedio es de 183 pesos.

En lo que hace a *educación formal* los jóvenes porteños entre 14 y 19 años que jamás concurrieron a la escuela secundaria constituyen el 24,5%, mientras que el abandono llega al 52,3% en determinadas zonas como el *cordón sur de la ciudad* (Defensoría del Pueblo, 2000, en Berti-Bianco *et al.*, 2001). Vale decir, entre los que nunca concurrieron y los que abandonaron, sobre todo entre aquellos que residen en la zona sur de la ciudad, los valores alcanzan un 76,8% de jóvenes que quedaron excluidos de la posibilidad de recibir educación media. En este caso, son los varones los primeros y los que aportan el mayor número de los que abandonan la escuela con la expectativa social de proveer tan sólo una mínima parte a los ya magros ingresos de la economía doméstica.

En cuanto a la *cobertura sanitaria*, el 14% de los hogares compuestos al menos por un joven porteño de entre 15 a 24 años carece de la misma. "La situación es aún más crítica al observar los hogares cuya jefatura se encuentra a cargo de jóvenes de entre 15 a 24 años, por cuanto al menos 1 de cada 4 de estos hogares (...) posee a sus miembros sin cobertura sanitaria alguna" (*op. cit.*: 53, en: Berti-Bianco *et al.*, 2001).

En lo que hace al *acceso a viviendas* y creciente pauperización, el informe consigna que "mientras la población general de jóvenes de la Capital creció apenas un 2,8%, los jóvenes residentes en villas de emergencia en igual lapso aumentaron su número un 124%" (Defensoría de pueblo, 2000: 76).

Por otra parte, *la población con mayor porcentaje de NBI se encuentra ubicada en el cordón urbano sur, siendo dicho porcentaje casi 4 veces superior al del cordón norte. (17,4% y 4,3% respectivamente)* (Berti-Bianco *et al.*, 2001, cursivas agregadas).

Es a este contexto social general que referimos la desigual distribución de recursos y de causas específicas de muertes violentas en jóvenes de la Ciudad de Buenos Aires. El carácter social de estas muertes no reside en explicarlas como causa de la pobreza, sino en comprender cómo procesos económico políticos generales determinan una desigual distribución de las causas de muerte prematura entre los jóvenes residentes de zonas diferencialmente favorecidas, con un acceso desigual a recursos necesarios para la reproducción de condiciones de vida básicas. Implica comprender además cómo los modos específicos de enfermar o las "causas" específicas de morir en contextos socialmente desiguales condicionan a su vez los perfiles de la ciudad en cuanto a muertes prematuras.

Ahora bien, lo que queda por preguntarnos por qué a igualdad de condiciones de vida los varones mueren entre cuatro y veinticuatro veces más que las mujeres entre los 10-24 años en todas las causas violentas y en todas las áreas y zonas. Antes de eso referiremos a los significados comúnmente atribuidos a los accidentes y a enmarcar a estos y otras violencias en el marco de los estudios sobre violencia

Representaciones sociales sobre accidentes y otras violencias.

Como dijimos, los padecimientos, los daños a la salud no sólo resultan emergentes de condiciones materiales de vida. Simultáneamente los sujetos y grupos estructuran una serie de relaciones y prácticas sociales para enfrentarlos, así como significados que les otorgan sentido mediatizando las características de dichas relaciones y prácticas. En referencia a los conjuntos sociales se han señalado representaciones sociales de *imprevisibilidad, azar o destino* (OMS/OPS, 1995: 1) referidas a los "accidentes", que conferirían con particular impronta sentidos de "inevitabilidad" a ese tipo de hechos, lo cual condiciona la percepción de los riesgos así como posibles prácticas de protección, cuidado y autocuidado. Esto parece resultar en uno de los principales obstáculos a la planificación de medidas tendientes a evitar o reducir la posibilidad de accidentes y ha sido destacado como uno de los nudos problemáticos de la cuestión (*ibidem*). Otros autores han señalado también la "aceptación social" de los accidentes y de otras violencias que las asume como parte "normal" de la vida cotidiana. En este sentido se ha destacado el carácter de "violencia normalizada" (Menéndez, 2001) que dichos daños adquieren no sólo para los conjuntos sociales sino también por los profesionales del sector salud. En efecto, en las corrientes salubristas y sociológicas ha predominado una "perspectiva referida a la descripción epidemiológica de algunas de las principales violencias, en particular accidentes, que carecen generalmente de análisis y sobre todo de interpretación" (Menéndez, 2001:21). De este modo, el medio se convierte en un fin en sí mismo, los trabajos epidemiológicos resultan en simples medios de recoger datos útiles, datos sobre los cuales es preciso teorizar (*ibid*: 21).

Algunas dimensiones teóricas de la violencia

Plantear una perspectiva de complejidad para comprender los accidentes y otras violencias implica dar cuenta al menos de algunas de las dimensiones que podrían estar implicadas en este conjunto de problemas. La primera cuestión a señalar es que cada hecho de violencia *es una relación, una totalidad contexto-agente-víctima* (Franco, 2000: 29). A su vez, el actual contexto económico político de inequidad y ausencia del Estado, de desestructuración de relaciones basadas en la solidaridad, de creciente empobrecimiento de los vínculos sociales, la violencia se transforma de hecho local y multiplicidad de fenómenos aislados a característica estructural del conjunto global de espacios, instituciones y relaciones sociales (Franco, 1998, 2000; Barbetta, 1997). En este marco, la *intensificación y generalización* son otras de las características señaladas por Franco, registrándose cada vez más violencia y formas más graves de violencia que penetran mayores espacios de la vida individual y colectiva (*ibid*: 2), destacándose además una "*generalización etaria de la violencia*": *Diversidad y potenciación* de y entre las diferentes formas de violencia son las otras características que el autor describe y analiza. La *diversidad* remite a las "nuevas y sofisticadas formas que adquiere el *construir* violencia" (*ibid*, 3); subrayado del autor) tanto en la vida pública como privada. Pero esa diversidad parece relativizada cuando "la realidad va mostrando que cada vez hay una mayor compenetración y potenciación de unas formas de violencia sobre otras" (*ibid*:3). La prioridad en relación con dicha diversidad estaría dada, según Franco, en captar la dinámica y configuración específica que cobran en cada grupo, contexto y proceso social e histórico. Ello implicaría reconocer el *carácter de proceso de la violencia* (*ibid*, 2000) en temporalidades distintas y de acuerdo a cada contexto social. De acuerdo con ello, se plantea la necesidad de captar la configuración específica de la violencia, establecer qué lugar ocupan en su conjunto, accidentes, homicidios, suicidios y otras

violencias, así como sus pesos relativos específicos a cada nivel y en cada contexto y momento histórico.

Por último, dos dimensiones señaladas como fundamentales a la hora de analizar el proceso de configuración local de diferentes violencias, son el *sexo* y los *grupos etarios*. Abordar el análisis de estas dos dimensiones permite captar las diferentes participaciones de grupos sociales particulares en el problema, y su importancia relativa por sobre las proporciones medias de una población general: "en general, las principales víctimas de la violencia fatal son los hombres, no así de la violencia que no mata, la violencia familiar y de otras formas de violencia donde las mujeres son las principales víctimas en edades entre 15 y 44 años (*ibid.*, 11).

De este modo, el *género* es destacado como dimensión analítica fundamental y que hasta ahora ha merecido poca atención en el campo de la salud, al mismo tiempo que es crecientemente señalada como una dimensión social y cultural estrechamente vinculada a los procesos de salud-enfermedad (p.e., Szasz, 1997; Lamas, 1986; Menéndez, 2001; De Keijzer, 1995; Franco, 2000).

Género y salud: Masculinidad, accidentes y violencias

Entendemos al *género* como una construcción social e histórica de *carácter relacional* que se configura a partir de las significaciones y la simbolización cultural de las diferencias anatómicas entre varones y mujeres (Lamas, 1986; Szasz, 1997). Así, el *género* "constantemente se refiere a los cuerpos y a lo que los cuerpos hacen, pero no es una práctica social reducida al cuerpo" (Connel, 1997: 35). Constituye una serie de asignaciones sociales que van más allá de lo biológico reproductivo, mediante las que se adjudican a los distintos sujetos características, funciones, responsabilidades, privilegios y derechos, es decir "modos de ser" y "actuar", que producen y reproducen relaciones de desigualdad social (Grimberg, 1999). Su incorporación subjetiva se da a través de un complejo proceso sociocultural que se constituye a lo largo de las trayectorias de vida, por lo que las instituciones y distintas redes sociales juegan un papel fundamental en diferentes momentos de las mismas (De Keijzer, 1995). Un proceso en el que se conforman simultáneamente identidades, roles, asimetrías en el acceso y control de recursos materiales y no materiales, y relaciones de poder diferencial (Szasz, 1997).

En esta dimensión relacional, subrayamos la perspectiva de masculinidad/es como dimensión analítica relevante para la construcción del problema aquí abordado. Los estudios de varones y masculinidad/es constituyen un campo reciente de reflexión y análisis y son crecientes los trabajos que analizan las prácticas sociales masculinas y los roles tradicionales con relación a la violencia, así como a otras problemáticas sociales y de salud (p.e., De Keijzer, 1995, 2001; Kaufman, 1997; Figueroa, 1998; Szasz, 1997; Menéndez, 2001). Su relevancia se funda en que son los varones el conjunto social señalado como más problemático por la totalidad de los trabajos revisados aquí (*cf.* McAlister, 2000). En dichos señalamientos, los varones son referidos no sólo como *víctimas* sino también como *agentes* o *autores* de dichos daños a la salud.

La magnitud y regularidad de las diferencias en la mortalidad por violencias entre varones y mujeres sugiere con particular impronta procesos sociales estructurados en los cuales las diferencias significativas entre sexos remiten a diferencias de género (Lamas, 1986). Son muchos los estudios socioantropológicos y de género, en especial los de masculinidades, que enfatizan la magnitud de daños por violencias y accidentes *en y entre* varones como problema social grave que requiere de respuestas del sector salud y

otros sectores (p.e., De Keijzer; 1995; Figueroa, 1998, Menéndez, 2001). Desde estas consideraciones, un importante problema implicado en el complejo accidentes y violencias sería "el de los costos y las consecuencias de una socialización masculina que predispone a ciertos tipos de causa de muerte [...]. Estos costos los planteamos en relación con algunos aspectos de la salud masculina: la esperanza de vida, varias de las principales causas de mortalidad en la edad productiva y las formas en que los hombres desarrollamos (o no) el autocuidado" (De Keijzer, 1995: 1).

En esta línea de reflexión, entendemos por *masculinidad* una pluralidad de significados y prácticas sociales configurados en roles, funciones, valores, responsabilidades, privilegios y derechos socialmente concebidos "naturales" al varón, que varían de acuerdo a contextos sociales particulares, en un proceso permanente de revisión, actualización y reelaboración histórico social general y singular a lo largo de la vida de los sujetos. Así, las masculinidades "varían de una cultura a otra, en una misma cultura a través del tiempo, durante el curso de vida de cualquier hombre individualmente, y entre diferentes grupos de hombres según su clase, raza, grupo étnico y preferencia sexual" (Kimmel, 1997: 135). Esta pluralidad configura una serie de expectativas y una diversidad de prácticas sociales extendidas que hayan un lugar común en la posición y ejercicio de poder respecto a las mujeres y a otros hombres que se alejan del modelo, lo que muchos autores definen como "masculinidad hegemónica" (p.e Connel, 1997; Kimmel, 1991, 1997; Kaufman, 1989, 2000; De Keijzer, 1995, 2001).

Esto último no implica diluir la diversidad de formas particulares y singulares de relacionamientos en los que se desarrolla, expresa y significa "lo masculino", ni la singularidad de los sujetos, ni los discursos y prácticas cuestionadoras a los imperativos del género. La "masculinidad hegemónica" refiere a procesos sociales generales por medio de los cuales los varones, están constreñidos a alcanzar determinado modelo sociocultural e imperativo moral de "ser hombre", en relación con las expectativas socialmente construidas, valoradas, reproducidas y normalizadas en la vida cotidiana de diversos conjuntos sociales. Sin embargo, concebimos la masculinidad como categoría cultural e históricamente relativa, que se asienta en otras divisiones sociales como la estratificación social y económica y otras jerarquías sociales relativas a la etnia, la edad, la preferencia sexual (Kaufman, 1989). En esta perspectiva entendemos la "masculinidad" como construcción social atravesada por relaciones de hegemonía/subalternidad, orientada hacia un modelo cultural ideal que, no siendo alcanzado prácticamente por ningún hombre, ejerce un efecto controlador sobre los cuerpos de todos los hombres y que implica un alto grado de autocontrol y vigilancia sobre ellos (Almeida, 1995).

Diversos estudios han enfatizado ciertas características generales que se reproducen y expresan en las prácticas de los varones, verificables en diversos contextos, grupos y relaciones sociales (p.e. Gilmore, 1990; Almeida, 1995). Características que parecen constituir componentes básicos en la construcción de identidades masculinas así como las expectativas sociales en el desempeño de ciertos roles y prácticas. La descripción y análisis de ciertos estereotipos masculinos, arrojan luz sobre ciertos procesos de salud-enfermedad, en particular los referidos a accidentes y violencias. Diversos estudios se han enfatizado:

La insistencia en que "la hombría" debe ser públicamente realizada, probada y confirmada, sobre todo ante pares y referentes familiares masculinos (p.e. Gilmore, 1990); la competencia entre varones y la desconfianza y control hacia las mujeres (Kaufman, 1997, 1989; Almeida, 1995); el valor conferido a "correr riesgos" (Gilmore, 1990; De Keijzer, 1995, 2001); el "uso riesgoso del propio cuerpo" (Figueroa, 1998); la "temeridad desarrollada, probada y demostrada colectivamente entre hombres" (De Keijzer,

1995: 10); la "introyección de la temeridad al volante o con armas y equipos de trabajo" (De Keijzer; 1995: 10); la mayor percepción del riesgo a la desacreditación que de otros riesgos percibidos como lejanos (Bronfman-Castro; 1993); el ejercicio de prácticas de autoridad a veces violento para restablecer posiciones de poder en las relaciones *intra* e *inter* género (Kaufman, 1989; De Keijzer; 1995); la disposición a "las riñas como mecanismo central en la resolución de conflictos" (De Keijzer; 1995: 10). En síntesis, la masculinidad, en tanto construcción social genérica, constituiría lo que Kaufman define como una "tríada de la violencia": violencia hacia mujeres, hacia otros hombres y hacia sí mismo (Kaufman, 1989). Sobre la base de esta afirmación, se ha señalado por ejemplo que "las causas de muerte de los hombres reflejan un proceso de autodestrucción y de exposición al peligro, muchas veces de manera deliberada e intencional, por lo que algunos autores han dado en clasificar a los varones como un factor de riesgo de su salud, de las mujeres, de los hijos y la de otros varones" (Figueroa, 1998: 88-89).

Masculinidad, adolescencia y clase social

Aquellas significaciones y el valor social conferido a ciertas prácticas sociales, se refuerzan en la adolescencia, sobre todo en la interacción con el grupo de pares, reproduciéndose en grado variable de acuerdo a cada contexto, clase social, etnia, y trayectoria de vida. Al respecto, Kaufman señala "la masculinidad se arraiga inconscientemente antes de los seis años, se refuerza durante el desarrollo del niño y estalla indudablemente en la adolescencia" (Kaufman, 1989: 38), pero las "expresiones de poder masculino serán radicalmente diferentes según clase social" (*ibid*: 39). Más aún, el autor sostiene que "la adquisición de una positiva identificación de clase está directamente relacionada con el desarrollo de una identidad de género particular" (*ibid*: 39). Según esta perspectiva, el adolescente de clase media con la proyección de un futuro profesional o de negocios expresará su poder personal y social a través de un dominio directo sobre los recursos a los que accede y dispone, dominio en el cual las fantasías de poder a menudo se expresan en términos de fama, éxito y dinero. Para un joven de clase obrera estos caminos están cerrados y, según el autor, el poder y el dominio se expresa en forma física directa: "la dominación de los factores de producción o de otra persona se logra a través de meros alardes y poder muscular" (*ibid*: 39). En los jóvenes de sectores populares, particularmente de la clase obrera "el trabajo físico se confunde con cualidades masculinas (en que) la dureza y la rudeza del trabajo y el esfuerzo físicos adoptan visos de masculinidad y asumen un significado desproporcionado" (Willis, 81, en Kaufman, 1989: 40). Esta perspectiva es coincidente con lo planteado por otros autores, quienes señalan que los estereotipos de género asumen formas que resultan más problemáticas en sectores populares (p.e., Lamas, 1986; Szasz, 1997).

En este sentido planteamos la necesidad de profundizar las relaciones entre masculinidad, varones de sectores populares y desempleo, sobre todo en las implicancias subjetivas que esto último tiene para el varón en edad productiva, con escaso o ningún acceso a recursos indispensables para la reproducción material de su vida y la de su familia y su relación con diferentes formas de violencia.

Modalidad diferencial en el uso del alcohol según género

Por último señalamos una dimensión del problema crecientemente referida como condicionante básico y hasta como "causa de muerte indirecta" de accidentes y violencias: "El alcoholismo, en forma directa (cirrosis hepática, psicosis alcohólica) e indirecta (ac-

cidentes, homicidios), constituye una de las primeras causas de muerte en países latinoamericanos como México, Chile y Argentina" (Menéndez, 1990: 9). Esta dimensión del problema se articula a las anteriormente señaladas tales como género, edad y clase social/ exclusión social. Nuevamente, son los varones, jóvenes, pobres y habitantes de ciudad, las categorías señaladas *en su conjunto* como de mayor vulnerabilidad.

Para el contexto mexicano los datos indican que la mortalidad masculina por lo menos triplica a la femenina en *la mortalidad por cirrosis, accidentes y homicidios* (*ibid*, 1990: 24). En referencia a varios estudios socioantropológicos llevados a cabo en diversos contextos de la región, el autor destaca que "el homicidio y el accidente alcoholizado aparecen en lo manifiesto como actos impulsivos, no premeditados, que emergen en el transcurso de acciones cotidianas, ceremoniales, relacionales" (Menéndez, 2001). Al respecto precisa que no es tan sólo ni por sí mismo el *uso excesivo* de alcohol en los varones, sino la *modalidad diferencial de ese uso*, vale decir, el uso mediado culturalmente por el género, modalidad que en los varones resulta en "instrumento privilegiado de violencia" contra otros/as y contra sí mismo, y a pesar de la continua insistencia del Estado, de los aparatos médico psiquiátricos y de los medios sobre el rol de otras drogas (*ibid*, 2001). Concomitante a esto, el autor señala que la frecuencia diferencial en el uso de lo que llama la "violencia alcoholizada", no sólo expresa códigos de comportamientos de género sino "el derecho exclusivo del varón para embriagarse y para ejercer la violencia en contextos no ceremoniales, básicamente ejercidos por el varón y contra el varón" (*ibid*, 2001). Los usos diferenciales del alcohol-violencia en cuanto al género "no implica colocar el acento en que la mujer no bebe o bebe menos que el varón, sino en las diferentes formas de manejar el alcohol" (*ibid*: 17).

Lo que muestra este estudio es la condición masculina, así como de juventud o adultez joven de la mortalidad por violencias asociadas a la alcoholización en países de la región, así como sus tendencias históricas al incremento, tendencias que las han ido configurando como las primeras causas de muerte a lo largo de los últimos setenta años, en los grupos referidos.

A modo de conclusión: problemas abiertos

El preocupante impacto social, económico, político y cultural de la mortalidad por violencias, debe llamar la atención de los Estados y del sector salud acerca de la necesidad y prioridad de una política pública sobre estos problemas que atienda de modo específico a los grupos más vulnerables: jóvenes varones de sectores populares. En relación a ello resulta ineludible priorizar lineamientos integrales que comprendan no sólo la atención médica de la emergencia y la rehabilitación física de las "víctimas". Por su parte, en los modelos preventivos han procurado evitar o reducir los accidentes y otras violencias desde enfoques de riesgo/seguridad claramente normativos, los que anclados en un nivel puramente individual, han focalizado en "cambios de conducta" con escaso o ningún efecto.

La invisibilidad de los problemas de violencia por parte del sector salud han contribuido por mucho tiempo a su reproducción. Por otra parte, los significados implícitos en la categoría "accidentes" hacen necesaria su revisión porque los sentidos conferidos a la misma contribuyen a concebir hechos evitables como azarosos e imprevisibles, casi destino. En esta línea, resulta necesario deconstruir esas representaciones tanto en los

sujetos y grupos sociales como en el sector salud. Es necesario ahondar en los procesos que condicionan la emergencia de violencias y atender a la configuración específica, su distribución social desigual entre géneros, generaciones y clases sociales en cada contexto y área social particular. Un acercamiento a estos contextos resulta imprescindible a la hora de reconocer tanto los problemas de violencia específicos como los obstáculos a su prevención, los condicionamientos económico-políticos y socioculturales a la mortalidad prematura por violencias.

Análogamente a los procesos económico políticos, los procesos ideológico culturales generales expresan también una desigual distribución de las muertes violentas entre géneros y generaciones particulares. Se han mostrado diferenciales de género que muestran claramente una sobremortalidad masculina por violencias. Esta realidad se agrava por cuanto se soslaya o se “naturalizan” los “perfiles” en términos de diferencias entre sexos o entre “áreas” que aparecen como datos dados, que no se interpretan ni teoriza sobre ellos. Los perfiles muestran una clara relación entre género, edad y clase social (en sentido amplio). Es preciso una política integral que atienda cada uno de estos aspectos y favorezca procesos de reflexividad institucional en escuelas, efectores de salud y la sociedad civil en torno a los modelos tradicionales de masculinidad.. El trabajo con pequeños grupos de jóvenes varones no puede seguir siendo una actividad aislada, desconectada de una política pública general sobre el problema. En esa línea, tal como sugieren las cifras, lo muestran actuales investigaciones y nuestro propio trabajo, problemáticas relativas a los estereotipos de "lo masculino" se constituyen en condiciones de vulnerabilidad diferencial y en nudos estratégicos para cualquier programa de prevención a los accidentes y violencias así como de otras problemáticas de salud-enfermedad. Accidentes, homicidios y suicidios constituyen una serie de hechos complejos por su carácter social y cultural. Si las estrategias tradicionales enfocan aún en individuos, una estrategia integral reclama por definición atender múltiples y diversos procesos que atraviesan la salud- enfermedad de los diferentes conjuntos sociales.

Bibliografía

Almeida, Miguel Vale De. (1995) *Senhores de si. Uma interpretação antropológica de masculinidade*. Fin de Século. Lisboa.

Barbetta, Alfredo (1997). "Situación de la violencia juvenil en Sao Paulo". En: OPS/OMS comp. *Taller sobre la Violencia de los Adolescentes y las Pandillas ("Maras") Juveniles*. Documento Mimeografiado. San Salvador, El Salvador. 79 de mayo.

Berti, Mercedes; Bianco, Jorge; Grigaitis, Laura; Lainz, Matías; Nicora, Valeria; Oller, Gabriela; Otsubo, Nancy, Román, Marina; Ruiz, Rosana. (2001). "Algunos dilemas en programas y acciones de salud para jóvenes porteños". En: *IV Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población*. Coedición Instituto de Investigaciones Gino Germani, Area Salud y Población, Facultad de Ciencias Sociales, UBA/ CLAC-SO:

En prensa.

Berti, Mercedes; Bianco, Jorge; Nicora, Valeria; Ruiz, Rosana. (2000). *Aproximación diagnóstica a los perfiles de salud de las áreas programáticas de los hospitales Durand y Tornú*. Secretaría de Salud, GCBA. Departamento de Estadísticas para la Salud. Dirección de Capacitación. Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud. Documento de Trabajo.

Bianco, Jorge: "Mortalidad por Accidentes y otras violencias en jóvenes varones de la Ciudad de Buenos Aires.: una perspectiva socioantropológica de los diferenciales de género". En: *Revista Científica del Hospital Carlos G. Durand*. Comité de Docencia e Investigación (CODEI), Htal Durand, Secretaría de Salud, Gobierno de la CBA. Publicación con referato. *En Prensa.*

Castellanos, Pedro L. (1987). "Sobre el concepto de salud/enfermedad. Un punto de vista epidemiológico". En: *Cuadernos Médico Sociales* N° 42. Rosario. Diciembre.

Castro, Roberto; Bronfman, Mario (1993). "Teoría feminista y sociología médica: Bases para una discusión". En: *Cad. Saúde Pública*. 9 (3). Julioseptiembre. Río de Janeiro.

CIE. (1996). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados a la Salud*. 10ª Revisión. OMS/ OPS.

Connel, Robert. W. (1997). "La organización social de la masculinidad". En: Valdés, Teresa; Olavarría, José (eds.). *Masculinidad/es. Poder y crisis*. Ediciones de las Mujeres N° 24, Isis Internacional, Santiago de Chile.

Cruz, José M. (1999). *Proyecto Activa. La victimización por violencia urbana: niveles y factores asociados en ciudades seleccionadas de América Latina y España*. Investigaciones en Salud Pública: Documentos Técnicos. Coordinación de Investigaciones, División de Salud y Desarrollo Humano. OPS. Documento Mimeografiado. Washington DC. Enero.

Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires (2000). *Los jóvenes porteños. Informe estadístico sobre los jóvenes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*. Defensoría del Pueblo. Buenos Aires..

De Keijzer, Benno (1995). "La masculinidad como factor de riesgo". Ponencia a la V Reunión Nacional sobre la investigación demográfica en México. El Colegio de México. Junio 5 al 9. México.

De Mendoza Padilla, Josefina; Royer, Ma. Eugenia; Torres, Liliana (1998). Síntesis Estadística 1998. Dirección General de Planeamiento y Evaluación del Desempeño. Dirección de Estadísticas para la Salud. GCBA. Buenos Aires

Figueroa Perea, Juan G. (1998) "Algunos elementos para interpretar la presencia de los varones en los procesos de salud reproductiva". En: *Cad. Saúde Pública* 14 (1), Río de Janeiro.

Franco Agudelo, Saúl (2000). "Violencia en América". En: *Violencia II. Actas de 7º Congreso "La Salud en el Municipio de Rosario"* Franco Agudelo, S. (coordinador). Secretaría de Salud Pública. Municipalidad de Rosario. Rosario, abril.

Franco Agudelo, Saúl (2000). "Registros de la violencia". En: *Violencia II. Actas de 7º Congreso "La Salud en el Municipio de Rosario"* Franco Agudelo, S. (coordinador). Secretaría de Salud Pública. Municipalidad de Rosario. Rosario, abril.

Franco Agudelo, Saúl (2000). "Redes y violencia". En: *Violencia II. Actas de 7º Congreso "La Salud en el Municipio de Rosario"* Franco Agudelo, S. (coordinador). Secretaría de Salud Pública. Municipalidad de Rosario. Rosario, abril.

Franco Agudelo, Saúl (2000). "Salud Pública a fines del milenio. La situación en Latinoamérica". En: *Violencia II. Actas de 7º Congreso "La Salud en el Municipio de Rosario"* Franco Agudelo, S. (coordinador). Secretaría de Salud Pública. Municipalidad de Rosario, abril Rosario.

Giddens, Anthony (1997). *Las Nuevas Reglas de Método Sociológico*. Amorrortu. Buenos Aires.

Gilmore, David D. (1994). *Hacerse hombre. Concepciones culturales de la masculinidad*. Paidós. Barcelona. Buenos Aires. México.

Grimberg, Mabel (1999). "Sexualidad y relaciones de género: una aproximación a la problemática de la prevención al VIH/SIDA en sectores populares de la ciudad de Buenos Aires". En: *Cuadernos Médico Sociales* N° 75. Rosario. Mayo.

Guerrero, Rodrigo. (1997). "Plan de Acción Regional del Programa de Salud y Violencia". OPS Washington, DC. En: OPS/OMS comp. *Taller sobre la Violencia de los Adolescentes y las Pandillas ("Maras") Juveniles*. Documento Mimeografiado. San Salvador, El Salvador. 79 de mayo de 1997.

Kaufman, Michael (1997). "Las experiencias contradictorias del poder entre los hombres". En: Valdés, Teresa; Olavarria, José (eds.). *Masculinidad/es. Poder y crisis*. Ediciones de las Mujeres N° 24, Isis Internacional, Santiago de Chile.

Kaufman, Michael (1989). *Hombres. Placer, poder y cambio*. Michael Kaufman. Colección Teoría. Santo Domingo: CIPAF

Kimmel, Michael (1991), "La producción teórica sobre la masculinidad: nuevos aportes", en (1992) *Fin de siglo: género y cambio civilizatorio*, Ediciones de las Mujeres, no. 17, Isis Internacional, Santiago, Chile.

Kimmel, Michael. (1997). "Homofobia, temor, vergüenza y silencio en la identidad masculina". En: Valdés, Teresa; Olavarria, José (eds.). *Masculinidad/es. Poder y crisis*. Ediciones de las Mujeres N° 24, Isis Internacional, Santiago de Chile.

- Lamas, Marta (1986). "La antropología feminista y la categoría de género". En: *Nueva Antropología* Vol. VIII, N° 30. México.
- Laurell, Asa Cristina. (1986). "El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina. *Cuadernos Médico Sociales* N° 35. Rosario. 1986.
- López, Artemio. (1999). *Jóvenes argentinos de fin de siglo*. Cuadernos del Rojas. Secretaría de Extensión Universitaria, Centro Cultural Ricardo Rojas. UBA. Buenos Aires..
- López, Lidia; Gershanik, Alicia. (1996). *Cómo prevenir accidentes en el Hogar*. Planeta. Bs. As.
- Maddaleno Matilde. (1997). "Plan de Acción Regional del Programa de Salud de Adolescentes y Jóvenes". OPS Washington, DC. En: OPS/OMS comp. *Taller sobre la Violencia de los Adolescentes y las Pandillas ("Maras") Juveniles*. Documento Mimeografiado. San Salvador, El Salvador. 79 de mayo de 1997.
- McAlister, Alfred (2000). *La Violencia Juvenil en las Américas: Estudios innovadores de investigación, diagnóstico y prevención*. OPS. División de Promoción y Protección de la Salud. Programa de Salud de la Familia y Población. Salud del Adolescente/ Fundación W. K. Kellogg. Marzo.
- Menéndez, Eduardo; Di Pardo, Renée. (2001) "Violencias alcoholizadas y relaciones de género. Estereotipos y negaciones". En: *Cuadernos Médico Sociales* N° 79. Abril. Rosario.
- Menéndez, Eduardo (1990). *Morir de Alcohol*. Ediciones de la Casa Chata. México
- Muro, Marcelo; Neira, Jorge; Filet Cerviño, Guillermo; Espinosa, Luis; Dabul, Esther;
- Miranda, María; Neira, Nora. (2000) "Accidentes de tránsito. Estadísticas del SAME". En:
El Paper. Paper 45 28/09/00. <http://www.same.org.ar/>
- Neira, Jorge; Muro, Marcelo; Outes, Adolfo (1999). "La atención del traumatizado en la Argentina". En: *SAME*, vol. 7 N° 1, pp. 732, ISSN: 03290832. Buenos Aires.
- Neira, Jorge; Bosque, Laura; Luliano, Viviana. (1999). "Investigación sobre la Magnitud de los Accidentes y la Atención Médica de Emergencia en la Ciudad de Buenos Aires". En: <http://www.same.org.ar/>
- Novello, A. C. (1992). "From the Surgeon general US. Public Health Service". En: *JAMA* 267 .22.
- OPS/OMS. (1995). *Comunidades Seguras. Una estrategia para la prevención de accidentes y violencias*. División de Promoción y Protección de la Salud. Documento Mimeografiado. Washington DC. Febrero.
- OPS (1990). "La violencia: un problema de salud pública que se agrava en la región". En: *Boletín Epidemiológico*.
- Ramos de Souza, Edinilsa; Ferreira Deslandes, Suely; Ferrailo Peixoto Fortuna, Flavia; Furtado Passos da Silva, Cosme. (1999). "La morbilidad hospitalaria por violencia contra ancianos. Estudio de la atención de emergencia en dos Hospitales Públicos de Río de Janeiro". En: *Cuadernos Médico Sociales* N° 76. Rosario. Noviembre.
- Rose, G. "Individuos Enfermos y poblaciones enfermas". *Boletín Epidemiológico* V. 6 N°3, 1985.

- Szasz, Ivonne (1997). "Género y Salud. Algunas reflexiones". Ponencia presentada al IV Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina. Junio. México
- Willis, Paul (1981). *Learning to Labor*. Columbia University Press. New York